Encuesta del Consumidor para el Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario

Esta encuesta fue desarrollada a través de un esfuerzo comunitario de los consumidores, del Programa Comunitario de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental y del Centro para Servicios de Salud Mental

Instrucciones: Esta encuesta nos ayudará a mejorar nuestros servicios de salud mental para usted. Sus respuestas se mantendrán confidenciales, y solamente se utilizarán para evaluar y mejorar los servicios aquí. Por favor, indique su acuerdo o desacuerdo con cada una de las declaraciones a continuación, llenando el óvalo en la hoja de respuestas correspondiente, que mejor represente su opinión.

Para las preguntas a continuación, use esta escala:					
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutral	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo	No aplicable
5	4	3	2	1	0

1. Me gustan los servicios que recibí.
2. Aunque tuviera otras opciones, continuaría escogiendo los servicios de esta agencia.
3. Recomendaría este centro a un(a) amigo(a) o familiar.
4. El sitio de los servicios fue conveniente (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.).
5. El personal estuvo dispuesto a ayudarme cuantas veces fue necesario.
6. El personal contestó mis llamadas dentro de 24 horas.
7. Los servicios estuvieron disponibles a horarios convenientes.
8. Recibí todos los servicios que necesitaba.
9. El personal de este centro creyó que yo podría mejorar, cambiar, y recuperarme.
10. Me sentí con la seguridad de hacer preguntas o exponer alguna queja.
11. El personal me informó acerca de los posibles efectos secundarios.
12. El personal respetó mis deseos sobre quien puede y quien no puede recibir información sobre mi tratamiento.
13. El personal tomó en cuenta mis atecedentes étnicos y culturales.
14. El personal me ayudó a tomar control de mi vida y recuperarme.
15. Sentí que la recepcionista me trató con respeto.

Para las preguntas a continuación, use esta escala:					
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutral	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo	No aplicable
5	4	3	2	1	0

16. Me sentí cómodo(a) en hacer preguntas sobre mi tratamiento o medicamento.
17. El personal y yo trabajamos juntos para planear mi tratamiento.
18. Yo, no el personal, decidí mis metas para el tratamiento.
19. Me dieron información por escrito que pude entender.

Como resultado directo de los servicios que recibí:

20. Soluciono más fácilmente mis problemas diarios.
21. Estoy más capacitado(a) tomar control de mi vida.
22. Estoy más capacitado(a) tomar control de crisis.
23. Me llevo mejor con mi familia.
24. Me desenvuelvo mejor socialmente.
25. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.
26. Mis síntomas ya no me molestan tanto.

27. ¿Cómo se llegó usted a este centro?

Decidí venir por mi cuenta. 1	Otra persona recomendó que yo viniera. 2	Vine en contra de mi voluntad. 3
----------------------------------	---	-------------------------------------

28. (Reservado para el uso del Personal del Condado. Deje la hoja de respuesta en blanco.)

29. ¿Asiste actualmente a algún grupo de esfuerzo personal?

Sí 2	No hay uno disponible 1	No 0
---------	----------------------------	---------

30. Si asiste, ¿con qué frecuencia participa?

Diario 1	Semanalmente 2	Mensualmente 3	Ocasionalmente 4
-------------	-------------------	-------------------	---------------------